

Dlugosch, Gabriele E.

## Grundlagen der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen

Unterrichtswissenschaft 25 (1997) 2, S. 113-132



Quellenangabe/ Reference:

Dlugosch, Gabriele E.: Grundlagen der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen - In: Unterrichtswissenschaft 25 (1997) 2, S. 113-132 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-78750 - DOI: 10.25656/01:7875

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-78750>

<https://doi.org/10.25656/01:7875>

in Kooperation mit / in cooperation with:

# BELTZ JUVENTA

<http://www.juventa.de>

### Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### Kontakt / Contact:

peDOCS  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

Mitglied der

  
Leibniz-Gemeinschaft

---

# Unterrichtswissenschaft

Zeitschrift für Lernforschung  
25. Jahrgang/1997/Heft 2

---

## **Thema: Gesundheitsförderung**

Verantwortlicher Herausgeber:  
Ralf Schwarzer

Ralf Schwarzer: Einführung	98
Ralf Schwarzer: Ressourcen aufbauen und Prozesse steuern: Gesundheitsförderung aus psychologischer Sicht	99
Gabriele E. Dlugosch: Grundlagen der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen	113
Matthias Jerusalem, Waldemar Mittag: Schulische Gesundheitsförderung: Differentielle Wirkungen eines Interventionsprogramms	133
Petra Kolip: Das gleiche ist nicht dasselbe: Zur Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Suchtprävention im Jugendalter	150
Arnold Lohaus, Johannes Klein-Heßling: Zur Eignung von Entspannungsverfahren für Kinder im Grundschulalter	161
Britta Renner, Reinhard Fuchs: Vier Effekte der Risikokommunikation: Konsequenzen für die Praxis der Gesundheitsförderung	172
	97

---

Gabriele E. Dlugosch

# Grundlagen der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen

Essentials of Health Promotion in Children and Adolescents

---

*Dargestellt werden die theoretischen Grundlagen für die Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Ausgehend von einer kurzen Einbettung in die Rahmen-disziplinen der Gesundheitspsychologie, Entwicklungspsychologie und Pädagogischen Psychologie, werden die entsprechenden epidemiologischen Befunde vorgestellt. Vor dem Hintergrund der Schwierigkeiten, die mit der Diagnostik gesundheits-relevanter Aspekte bei Kindern und Jugendlichen verknüpft sind, werden vorliegen-de Daten zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten, zu gesundheitsbezo-genen Kognitionen und zu Belastungen und Ressourcen im Kindes- und Jugendalter ausgeführt. Danach wird die Frage der Anwendung von Gesundheitsförderungsmaß-nahmen in der Praxis behandelt, wobei zunächst auf die entscheidenden Institutionen und Settings, sodann auf Methoden und Strategien eingegangen wird. Abschlie-ßend werden Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen kritisch und zukunftsgerichtet diskutiert.*

*This article deals with the theoretical foundations of health promotion for children and adolescents. It starts with a short introduction of the regarding basic disciplines: health psychology, developmental psychology, and educational psychology. Thereaf-ter, epidemiological data are presented. Acknowledging the problems of gathering in-formation relevant to health in children and adolescents, data about their health sta-tus, health behavior, health-related cognitive aspects and strains and resources are sketched. Questions of applying health promotion interventions in practice are an-swered with regard to relevant institutions and settings as well as to effective methods and strategies. Finally, possibilities and limitations of health promotion for children and adolescents are discussed.*

## 1. Theoretischer Rahmen

Neben Disziplinen wie Medizin, Ernährungs- und Sportwissenschaft, die von theoretischer und praktischer Seite her relevante Beiträge liefern kön-nen, ist die Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen vor allem auch eine psychologische Aufgabe. Schwerpunktmäßig sind hier drei psy-chologische Disziplinen beteiligt, auf die im folgenden kurz eingegangen werden soll: die *Gesundheitspsychologie*, die *Entwicklungspsychologie* und die *Pädagogische Psychologie*.

### 1.1 Gesundheitspsychologie

Die Gesundheitspsychologie hat sich in den letzten Jahren als eigenständige psychologische Disziplin etabliert (vgl. z.B. Dlugosch & Schmidt, 1992;

Schwarzer, 1996, 1997; Schwenkmezger & Schmidt, 1994), die neben der zunehmenden theoretischen Fundierung insbesondere durch ihre praxisorientierte Herangehensweise lebt. Im Hinblick auf die Anwendungsfelder der Gesundheitspsychologie bestehen zwar noch begriffliche Unstimmigkeiten (vgl. Dlugosch, 1994c), die Aufgaben und Zielsetzungen der Gesundheitsförderung sind demgegenüber weitgehend akzeptiert.

Im deutschsprachigen Raum hat die Gesundheitspsychologie sowohl in Bezug auf theoretische Ansätze (vgl. Dlugosch, 1994b) als auch hinsichtlich der angebotenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen lange ihren Fokus auf Erwachsene gelegt. In letzter Zeit werden Kinder und Jugendliche immer häufiger als Zielgruppe entdeckt. Diese Entwicklung ist zu unterstützen, wenn sich dahinter nicht nur die Erschließung einer neuen Marktlücke oder die Nutzung neuer Marketing-Strategien verbirgt - denn das eigentliche Ziel der Primären Prävention kann um so besser erreicht werden, je jünger die Adressaten gesundheitspsychologischer Interventionen sind.

## *1.2 Entwicklungspsychologie*

Von entwicklungspsychologischer Seite ist es vor allem das Konzept der Lebensspanne, das bei der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen gewinnbringend angewendet werden kann (vgl. Baltes, 1990; Oerter & Montada, 1987; Schmidt & Dlugosch, 1992).

Die Tatsache, daß sich gesundheitsrelevante Aspekte im Laufe des Lebens stark verändern, ist von großer Bedeutung für die theoretische Konzeptionierung und praktische Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Schmidt und Dlugosch (1992) zufolge müssen bei gesundheitspsychologischen Fragestellungen neben der kognitiven und der motorischen Entwicklung auch die affektiven und psychosozialen Aspekte der jeweiligen Altersgruppe berücksichtigt und in die Interventionsplanung einbezogen werden.

Während einige gesundheitsförderliche Aspekte von Anfang an „natürlich“ gegeben sind - wie beispielsweise der Bewegungsdrang oder die Art und Menge der verzehrten Nahrungsmittel (die Verfügbarkeit gesunder Lebensmittel vorausgesetzt!) - und im Sozialisationsprozeß verlorengehen, entstehen andere, gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren in dessen Verlauf und gewinnen oft eine besondere Bedeutung beim Erwachsenwerden (z.B. Rauchen oder Alkoholkonsum; vgl. Franzkowiak, 1986; Hurrelmann, 1988, 1995; Nordlohne, 1992).

## *1.3 Pädagogische Psychologie*

Solange Kinder noch keine eigene Verantwortung für ihr (Gesundheits-)Verhalten übernehmen können, muß diese Aufgabe von anderen Instanzen erfüllt werden. Neben den Eltern sind hier in erster Linie die Erziehungs- und Bildungsinstitutionen Kindergarten und Schule betroffen. Dennoch haben

die Konzepte der Pädagogischen Psychologie insgesamt immer noch zu wenig Eingang in den Bereich der Gesundheitsförderung gefunden. In einem ersten Schritt wäre es hier sinnvoll und vonnöten, auch im Rahmen des universitären Ausbildungszweigs der Pädagogischen Psychologie den Themenkomplex „Gesundheit“ explizit in das Curriculum aufzunehmen, was derzeit lediglich an wenigen ausgewählten Hochschulen geschieht (vgl. Barkholz & Homfeldt, 1994). Neben der Erarbeitung adäquater Lehrinhalte wären dann die weiteren Schritte der Anwendung der Konzepte im schulischen Alltag sowie die Gestaltung „gesundheitsförderlicher“ Schulumwelten zu beschreiben (s.u.).

## **2. Zur Erfassung gesundheitsrelevanter Aspekte bei Kindern und Jugendlichen**

Ein Grund für die Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen in der Gesundheitsförderung ist der sogenannte „Mythos des gesunden Kindes“ (vgl. Dlugosch & Schmidt, 1990; Litt, 1982). Im folgenden Kapitel werden Ergebnisse zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen vorgestellt, um der Frage nachzugehen, ob unsere Kinder wirklich so gesund sind, wie wir meinen. Um die Befunde jedoch richtig interpretieren zu können, soll zunächst auf die Besonderheiten der *Erfassung gesundheitsbezogener Aspekte bei jungen Menschen* eingegangen werden.

*Generelle Probleme* der Diagnostik bei *jüngeren Kindern* beziehen sich insbesondere auf die Tatsache, daß keine Fragebogen eingesetzt werden können und so aufwendigere psychologische Verfahren (Interviews, Beobachtung) genutzt werden müssen. Zudem ist davon auszugehen, daß sich in dieser Altersgruppe subjektives Erleben und „objektive“ Gegebenheiten nicht unbedingt entsprechen, so daß für eine valide Erfassung von Informationen sinnvollerweise mehrere Datenquellen (Eltern, ErzieherInnen, LehrerInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen) heranzuziehen sind.

Bei *Jugendlichen* sind ergänzend zu Motivationsproblemen und Verfälschungstendenzen aufgrund sozialer Erwünschtheit nach Seiffge-Krenke (1994) vor allem entwicklungsbedingte Barrieren bei der Erhebung diagnostischer Informationen zu berücksichtigen. So zeichnen sich Jugendliche aufgrund der Schwierigkeit, sich Erwachsenen gegenüber zu öffnen und des extremen Bedürfnisses nach Achtung ihrer Intimsphäre als „koartierte“, verschlossene Gesprächspartner aus. Insbesondere körperliche Untersuchungen werden schnell als Eingriff oder Übergriff erlebt, was Widerstandsverhalten erzeugen kann. Zudem erschweren Egozentrismus und Risikobereitschaft die relationale Einschätzung eines Problems und resultieren oft in „vagen“ Angaben, die eine Differentialdiagnose erschweren, oder in Fehleinschätzungen in Bezug auf potentiell gesundheitsbeeinträchtigendes Verhalten.

*Spezielle Probleme in Bezug auf gesundheitsrelevante Aspekte* betreffen zunächst die Erfassung des *Gesundheitszustands*. Je jünger Kinder sind, desto mehr schätzen sie sich selbst als gesund ein und desto weniger glauben sie, je-

mals von einer Krankheit befallen zu werden. Diese Unterschätzung der Wahrscheinlichkeit einer eigenen Erkrankung - von Weinstein (1982) als „unrealistischer Optimismus“, von Schwarzer (1993) als „optimistischer Fehlschluß“ bezeichnet - scheint ab dem Alter von ca. 16 Jahren einer sachlich angemesseneren Sichtweise zu weichen.

Kleine Kinder können zudem Schmerzen oder Unwohlsein oft nur unspezifisch ausdrücken und nicht genau lokalisieren. Erschwerend kommt hinzu, daß die Empfindung von Wohlbefinden und Unbehagen im Kindes- und Jugendalter sehr instabil und stimmungsabhängig ist, eher ganzheitlich (körperlich und psychisch) empfunden werden und sehr stark von Umweltfaktoren (z.B. der Beziehung zum „Versuchsleiter“) beeinflußt werden kann.

Spezifisch auf Jugendliche bezogen, nennt Seiffge-Krenke (1994) als mögliche Konsequenzen der entwicklungsbedingten Veränderungen Fehlbenennungen von Symptomen und Diskrepanzen in der Einschätzung von Symptomen durch Jugendliche, Eltern und Gesundheitsexperten. Des weiteren geht sie darauf ein, daß die Adoleszenz als eine Übergangsperiode mit intensiven Veränderungen in verschiedenen Entwicklungsbereichen eine geringe Reliabilität, Validität und Stabilität von Diagnosen nach sich ziehen kann.

Im Hinblick auf das *Gesundheitsverhalten* ist zu betonen, daß es generell nicht einfach ist, dieses präzise zu erfassen (vgl. Dlugosch, 1994a). Hier ist insbesondere das Bandbreiten-Fidelitäts-Dilemma (Dlugosch & Wottawa, 1994) anzuführen. Während bei Erwachsenen jedoch mehr Möglichkeiten der Erfassung bestehen (z.B. Fragebogen, Selbstbeobachtung), müßten Kinder rund um die Uhr beobachtet werden, um eindeutige Aussagen machen zu können. Das Gesundheitsverhalten von Kindern ist oft noch schwieriger zu erfassen als ihr Gesundheitszustand, da die Einschätzung besonders schwierig und mit vielen potentiellen Fehlerquellen behaftet ist (z.B. Art und Menge der konsumierten Nahrungsmittel; Ausmaß und Intensität der körperlichen Aktivitäten) - ganz abgesehen von Verfälschungstendenzen aus Gründen der Scham oder der sozialen Erwünschtheit, die bei Jugendlichen verstärkt zu beobachten sind.

Zur Erfassung *gesundheitsrelevanter kognitiver Variablen* muß schließlich ein bestimmtes kognitives Niveau vorhanden sein, um die entsprechenden Informationen bewußt erleben und beschreiben zu können.

Die im folgenden dargestellten Ergebnisse sind demnach immer vor dem Hintergrund der generellen und spezifischen Probleme der Erfassung gesundheitsrelevanter Informationen bei Kindern und Jugendlichen zu interpretieren.

### **3. Wie gesund sind Kinder wirklich?**

Im folgenden wird auf vorliegende Daten zum *Gesundheitszustand*, zum *Gesundheitsverhalten*, zu *gesundheitsrelevanten kognitiven Aspekten* und zu *Belastungen und Ressourcen im Kindes- und Jugendalter* eingegangen.

### 3.1 Gesundheitszustand

Der „desolaten Lage der Gesundheitsberichterstattung“ (Kolip, Hurrelmann & Schnabel, 1995, S. 10) entsprechend, liegen umfassende Daten zur *Morbidität* bei Kindern nicht vor. Hinweise liefern die Schuleingangsuntersuchungen, denen zufolge Sehstörungen bei 20%, Haltungsschwächen bei 10.2%, Hörstörungen bei 8.7%, Atemwegserkrankungen bei 4.3% und Hautkrankheiten bei 3.9% der Schulanfänger, Sprachstörungen bei 13.7% der Jungen und 8.7% der Mädchen diagnostiziert werden.

Während die typischen Kinderkrankheiten durch Impfungen stark zurückgegangen sind, leiden nach Petermann (1994) etwa 10% aller Kinder unter einer chronischen Krankheit. Im Rahmen des Bielefelder Gesundheitssurveys, einer umfassenden gesamtdeutschen Untersuchung zum Gesundheitszustand Jugendlicher, berichteten 34% der 12- bis 16jährigen von zumindest einer allergischen Erkrankung (allergischer Hautausschlag: 14.7%; Heuschnupfen: 13.5%; Asthma: 4.3%; Bronchitis: 16.1%) (Kolip, Nordlohne & Hurrelmann, 1995).

Die Prävalenz *psychischer und psychosozialer Auffälligkeiten* (Psychosen, emotionale Störungen, Verhaltensauffälligkeiten, Lern- und Leistungsstörungen) ist noch schwerer zu bestimmen. Schmidt und Esser (1985) schätzen, daß zwischen 4% und 7% der Kinder und Jugendlichen psychisch gestört sind, wobei sie als häufige Symptome Schlafstörungen (29%), Konzentrationsschwierigkeiten (29%) und Hypermotorik (19.3%) anführen. Remschmidt und Walter (1990) zufolge weisen 10% der Kinder und Jugendlichen ernste psychische Auffälligkeiten auf.

Dubow, Lovko und Kausch (1990) gehen davon aus, daß 70% der Jugendlichen Probleme mit ihren Eltern haben, 62% unter Depressionen leiden und sich 36% mit Suizidgedanken beschäftigen, wobei Mädchen und Schüler aus niedrigeren sozioökonomischen Schichten besonders gefährdet zu sein scheinen.

Hurrelmann (1995) gibt zu bedenken, daß trotz der zunehmenden Verbesserungen in bezug auf den Lebensstandard, die medizinische Versorgung und Hygienemaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen und neuartige Krankheitsbilder auftreten, die sich durch eine chronische und eine verhaltensbezogene Komponente charakterisieren lassen. So berichtet er von einem wachsenden Anteil an Dissozialität, Aggression und Gewalt, gleichzeitig von einer Zunahme an Selbstaggression mit depressiven Tendenzen, die sich immer häufiger auch in Form von Selbstmordversuchen äußert.

Im Hinblick auf *psychosomatische und Befindlichkeits-Störungen* berichteten 30% der Befragten im Bielefelder Gesundheitssurvey von Kopfschmerzen, Nervosität und Unruhe sowie Konzentrationsschwierigkeiten, es folgen Kreuz- und Rückenschmerzen, Schwindelgefühle, Magenbe-

schwerden, Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit (vgl. Kolip, Nordlohne & Hurrelmann, 1995).

Von besonderer Bedeutung für die Planung und Gestaltung effektiver Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen sind die *geschlechtsspezifischen Unterschiede*: So leiden im ersten Lebensjahrzehnt eher die Jungen unter körperlichen, psychischen und sozialen Anspannungen, im zweiten Lebensjahrzehnt eher die Mädchen. Mädchen berichten von der Pubertät bis ins hohe Alter von einem geringeren subjektiven Wohlbefinden als Jungen bzw. Männer und klagen häufiger über gesundheitliche Beschwerden und Krankheitssymptome. Nach Seiffge-Krenke (1994) sind diese Unterschiede weniger physiologisch bedingt als durch unterschiedliche Rollenerwartungen, die Männer zu einem Verdrängen und Maskieren von körperlichem Unwohlsein auffordere und es Frauen erlaube, intensiver über ihre Befindlichkeit nachzudenken bzw. Unwohlsein auch eher zu äußern.

*Insgesamt* ist festzuhalten, daß Jugendliche zwar selten „richtig krank“ sind, aber ihr Wohlbefinden durch eine Vielzahl von psychosomatischen Beschwerden bzw. psychophysiologischen Belastungssymptomen dennoch erheblich beeinträchtigt ist.

### 3.2 Gesundheitsverhalten

In diesem Abschnitt wird - soweit es die vorliegenden Ergebnisse erlauben - ein Überblick über das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in den Bereichen traditionelle Gesundheitsvorsorge, Ernährung, Bewegung, legale und illegale Drogen, Medikamente, Sexualität sowie Unfälle und Verletzungen gegeben.

#### *Traditionelle Gesundheitsvorsorge*

Bezüglich „klassischer“ Gesundheitsverhaltensweisen wie z.B. Körperhygiene oder Zähneputzen kann heutzutage generell von einer funktionierenden „Grundversorgung“ ausgegangen werden, die - neben den zunehmend verbesserten hygienischen und medizinischen Rahmenbedingungen - in erster Linie von den Eltern und, unter dem Begriff „Gesundheitserziehung“, von den Erziehungs- und Bildungsinstitutionen (Kindergarten, Schule) gewährleistet wird. Es darf hierbei allerdings nicht unberücksichtigt bleiben, daß auch in unserer Gesellschaft große Unterschiede, insbesondere in Abhängigkeit von sozioökonomischen Faktoren, zu verzeichnen sind. Eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsförderung sollte darin bestehen, Mißstände in diesem Bereich zu beheben.

#### *Ernährung*

Seiffge-Krenke (1994) zufolge sind die Ernährungsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen wenig untersucht. Es könne jedoch davon ausgegangen werden, daß in den westlichen Industrieländern etwa 20% des Nahrungsbedarfs von Jugendlichen durch Snacks gedeckt werden, die hochkalorisch



und ballaststoffarm sind und oft mit stark zuckerhaltigen Nahrungsmitteln und Getränken konsumiert werden (Fast oder Junk food). Lustorientiertes Essen scheint gegenüber einer „gesunden Ernährung“ den Vorrang zu haben, was sicherlich nicht zuletzt als Reaktanz auf die von Erwachsenen vorgeschriebenen Essensnormen verstanden werden kann.

Häufige Störungen des Eßverhaltens betreffen die unregelmäßige Einnahme und das Auslassen von Mahlzeiten oder das sogenannte „Diätieren“, das vor allem bei Mädchen immer häufiger und früher aufzutreten scheint. Besonders charakteristisch für die Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter sind die Krankheitsbilder Anorexie und Bulimie, die wegen der damit verbundenen gesundheitlichen Gefährdung sehr bedeutend für dieses Lebensalter sind. Die für diese Erkrankungen typischen Eß- und Diätmuster (extreme Einschränkungen der Nahrungsaufnahme, Fasten, Appetitzügler, Abführmittel, selbstinduziertes Erbrechen, symptomatische Kognitionen wie z.B. die fortwährende Beschäftigung mit Gewichtsabnahme und Nahrungsmitteln) sind auch bei nicht-klinischen weiblichen Jugendlichen weit verbreitet (vgl. Lundholm & Littrell, 1986; Paxton et al., 1991; Seiffge-Krenke, 1994).

Diese Befunde sind insofern beunruhigend, als sie ein zweifaches Risiko darstellen. Zum einen würden gerade die intensiven physiologischen und morphologischen Veränderungen während der Kindheit und Adoleszenz eine optimale Ernährungsweise erfordern, zum anderen werden in frühen Jahren die Grundsteine für spätere Ernährungsmuster und somit auch für damit zusammenhängende Störungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen im Erwachsenenalter gelegt.

### *Bewegung*

Das Ausmaß an sportlichen Aktivitäten hat in den letzten Jahren auch bei Jugendlichen zugenommen (vgl. Abele, Brehm & Pahmeier, 1997). Dennoch scheint ein nicht geringer Prozentsatz dieser Altersgruppe wenig oder keinen Sport zu betreiben. Dies trifft insbesondere für Mädchen und Jugendliche mit niedrigerem Bildungsniveau zu (vgl. Lohaus, 1993).

Als relevante Determinanten der körperlichen Aktivität nennt Lohaus (1993) neben dem frühzeitigen Beginn die Modellwirkung von Eltern und Gleichaltrigen, die Erwartungen, die mit der Ausübung von körperlichen Aktivitäten verknüpft sind, sowie das Körper selbstbild.

Da nicht nur die positiven Wirkungen körperlicher Aktivität auf die physische und psychische Befindlichkeit als wissenschaftlich belegt gelten können (vgl. Abele, Brehm & Pahmeier, 1997; Bartmann, 1991), sondern sich Sport und Bewegung auch als effektive und konstruktive (Streß-)Bewältigungsmöglichkeit erwiesen haben, kann es als zentrale Aufgabe der Gesundheitsförderung angesehen werden, Kinder und Jugendliche in Ergänzung zum Schulsport für körperliche Aktivitäten zu begeistern. Hier gilt es, neue Konzepte zu entwickeln, die früh einsetzen, den natürlichen Bewegungsdrang nutzen, Spaß und Freude betonen und positive körperliche, psychische und soziale Erfahrungen vermitteln (vgl. Abele, Brehm & Gall, 1991).

## *Legale und illegale Drogen*

Mehr noch als in vielen anderen gesundheitsrelevanten Bereichen ist im Hinblick auf legale und illegale Drogen zu betonen, daß repräsentative Befragungen auf den eigenen Angaben der Befragten beruhen. Demzufolge sind zum einen bestimmte Antworttendenzen zu erwarten, zum anderen ist von einer ausgeprägten Selbstselektion auszugehen, derzufolge bestimmte Populationsgruppen - z.B. starke Rauschmittelkonsumenten - nicht an entsprechenden Befragungen teilnehmen (vgl. Seiffge-Krenke, 1994).

Nachfolgend werden Ergebnisse zum Rauchen sowie zum Alkohol-, (illegalen) Drogen- und Medikamentenkonsum dargestellt.

### *Rauchen*

Insgesamt scheint das Rauchen neuerdings in allen Altersstufen zurückzugehen (Nordlohne, 1992). So berichtet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine erhebliche Zunahme von Jugendlichen unter 20 Jahren, die noch nie geraucht haben (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1992).

Dem Bielefelder Jugendgesundheitssurvey zufolge haben 46.8% der 12- bis 16jährigen noch nie geraucht, nur etwa 15% geben an, gelegentlich oder regelmäßig zu rauchen. Andererseits scheint das Ausmaß des Zigarettenkonsums der rauchenden Jugendlichen zugenommen zu haben (Seiffge-Krenke, 1994), und der Anteil der Passivraucher unter 15 Jahren wird auf etwa 50% geschätzt (Bundesministerium für Gesundheit, 1991).

Die Geschlechtsverteilung gleicht sich zunehmend an, Mädchen rauchen jedoch weniger regelmäßig und eine geringere Anzahl an Zigaretten. Weiterhin bestehen deutliche Schichtunterschiede: Hauptschüler, die regelmäßig rauchen, kommen viermal so häufig vor wie Gymnasiasten. Nach Seiffge-Krenke (1994) hat sich bezüglich des Rauchens ein Wertewandel in der Mittelschicht vollzogen, während für die Unterschicht Rauchen immer noch einen zentralen Stellenwert im Sozialverhalten einnimmt.

### *Alkohol*

Nach Lohaus (1993) trinken Jugendliche im Durchschnitt mit 11 Jahren zum ersten Mal Alkohol, der erste Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit erfolgt mit ca. 14 Jahren. Jungen trinken in der Regel mehr, vor allem aber mehr hochprozentige Alkoholika als Mädchen.

Einen repräsentativen Überblick über die Trinkgewohnheiten der westdeutschen Jugendlichen zwischen 12 und 24 Jahren gibt eine vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebene Statistik, derzufolge 22% regelmäßig, 32% gelegentlich Alkohol trinken (vgl. Seiffge-Krenke, 1994). Der regelmäßige Konsum nimmt mit steigendem Alter zu, wobei der größte Anstieg zwischen 15 und 17 Jahren zu verzeichnen ist.

Traditionelle Geschlechtsunterschiede existieren zwar noch, aber Mädchen holen auch in bezug auf den Alkoholkonsum auf. Zudem ist von regionalen

und ethnischen Einflüssen auszugehen wie beispielsweise einem höheren Alkoholkonsum bei Ostdeutschen im Vergleich zu Westdeutschen, bei Hauptschülern im Vergleich zu Gymnasiasten oder bei deutschen im Vergleich zu türkischen Schülern (Seiffge-Krenke, 1994).

Nordlohne (1992) nennt als wichtigen Einflußfaktor für den Umgang mit legalen Drogen die Gruppe der Gleichaltrigen. Der nicht zu vernachlässigende Einfluß der Eltern verliert sich mit zunehmendem Alter und mit der damit einhergehenden Bedeutung der Peer-Gruppe.

### *Illegale Drogen*

Zuverlässige Angaben sind in diesem Bereich besonders schwer zu machen. Im Rahmen des Jugendgesundheits surveys gaben 1.2% der 12- bis 16jährigen an, regelmäßig oder gelegentlich illegale Drogen zu konsumieren (vgl. Kolip, Nordlohne & Hurrelmann, 1995). Diese scheinen somit eine eher untergeordnete Rolle bei der betrachteten Altersgruppe zu spielen. Auch Seiffge-Krenke (1994) geht davon aus, daß illegale Drogen von Jugendlichen in erster Linie ausprobiert und weniger regelmäßig konsumiert werden. Als größere Gefährdung für Jugendliche sieht sie die sogenannten „Schnüffelfeste“ - Klebstoffe, Lösungsmittel und Sprays - an, die häufiger ausprobiert und regelmäßiger eingenommen werden als harte Drogen - nicht zuletzt, weil diese verfügbarer und leichter erhältlich sind.

### *Medikamente*

Die Bereitschaft zum Medikamentenkonsum und insbesondere auch zur Selbstmedikation stieg in den letzten Jahren kontinuierlich an. Die Angaben zur Medikamenteneinnahme streuen in verschiedenen Befragungen zwischen 7% und 50%. Nordlohne und Hurrelmann (1990) berichten Ergebnisse einer Untersuchung von 13- bis 17jährigen Schülern in Nordrhein-Westfalen, denen zufolge 32% angaben, regelmäßig mindestens einmal in der Woche Medikamente (vor allem Kopfschmerzmittel) zu nehmen. Mädchen scheinen hinsichtlich der Einnahme von Medikamenten gefährdeter zu sein als Jungen - insbesondere in bezug auf Schmerzmittel, Appetitzügler und Abführmittel.

Ein guter Prädiktor für den Medikamentenkonsum der Kinder ist der Arzneimittelgebrauch der Mütter (vgl. Nordlohne, 1992). Viele Medikamente erhalten die Kinder direkt von ihren Eltern. Deren Bereitschaft, ihren Kindern Medikamente zu verabreichen, scheint nicht gering zu sein: Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1981; nach Staeck, 1985) zufolge, lehnen es lediglich 58% der befragten Eltern grundsätzlich ab, ihre Kinder mit Anregungsmitteln zu versorgen, 79% sprechen sich gegen eine Verabreichung von Beruhigungs- und Schlafmitteln aus. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1982) berichtet, daß 36% der Eltern (doppelt so viele wie 1978!) eine medikamentöse Behandlung von Schulproblemen befürworten. So haben wir es nach Nordlohne (1992) zu tun mit einer „Entwicklung, in der im steigenden Maße das Chemotherapeutikum als adäquates Mit-

tel zur Belastungs- und Konfliktbewältigung sowie zur Sicherung von Leistungs- und Konkurrenzfähigkeit eingesetzt wird" (S. 68). Sie betont die Gefahr der resultierenden „Pharmakologisierung“, in deren Folge Verhaltensabweichungen im sozialen und psychischen Bereich oder auch Streßsymptome (Konzentrationsstörungen, Nervosität, Unruhe) den Status einer Krankheit erhalten und nicht nur als behandlungsfähig, sondern auch als behandlungsnotwendig erklärt werden.

### *Sexualität*

Jugendliche werden heute früher sexuell aktiv als noch vor zwanzig Jahren. Diese Tatsache hängt zum einen damit zusammen, daß Pubertät und Menarche früher einsetzen, zum anderen ist seit Ende der 60er Jahre ein Trend zur Liberalisierung der Sexualität zu verzeichnen. Sexuelles Risikoverhalten wird im folgenden in Bezug auf die Aspekte der unzureichenden Schwangerschaftsverhütung und der AIDS-Prophylaxe behandelt.

### *Schwangerschaftsverhütung*

Die Verwendung von Kontrazeptionsmitteln stellt ein komplexes emotionales und kognitives Problem dar, das von unterschiedlichen Variablen auf individueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene beeinflusst wird. Von besonderer Bedeutung sind hier Umweltvariablen wie z.B. Informationen durch Bezugspersonen oder Medien, die Wahrnehmung bzw. Fehleinschätzung der potentiellen Konsequenzen, Barrieren wie die Anwendung von bzw. der Zugang zu Verhütungsmitteln oder auch deren eventuelle gesundheitsschädigenden Wirkungen (z.B. bei der Pille), Kommunikationsprobleme oder das Erleben von Überforderung in der Situation selbst (Probleme, Ängste, Unsicherheiten etc.).

Dennoch ist seit den 70er Jahren ein kontinuierlicher Abfall der Geburtenrate von unter 20jährigen zu beobachten, und auch bei Schwangerschaftsabbrüchen besteht in dieser Population ein zunehmender Abwärtstrend. Jugendliche stellen somit zwar keine Hauptrisikogruppe dar, haben umso mehr mit den Problemen und Belastungen von Schwangerschaft, Geburt und Kinderversorgung zu kämpfen (z.B. den Konsequenzen für die Ausbildung, finanziellen Abhängigkeiten, gesellschaftlicher Diskriminierung oder Konflikten bezüglich der eigenen Entwicklung). Die nicht selten auftretende Verheimlichung oder Vermeidung ärztlicher Überwachung führt dazu, daß die perinatale Mortalität bei Schwangeren unter 18 Jahren mehr als doppelt so hoch ist wie in anderen Altersgruppen.

### *AIDS (oder andere sexuell übertragbare Krankheiten)*

Seiffge-Krenke (1994) betont, daß Jugendliche - insbesondere diejenigen ohne festen Partner - durch AIDS verunsichert sind. Ängste werden insbesondere dadurch geschürt, daß AIDS die drei Tabuthemen Sexualität, Homosexualität und Tod berührt. Jugendliche Reaktionen sind häufig durch Abwehr gekennzeichnet, die sich in Äußerungen von Desinteresse bis hin zur Aggressivität ausdrücken kann (Will, 1992).

Jugendliche sind besonders gefährdet, da das Sammeln von sexuellen Erfahrungen und das Einlassen auf neue Sexualpartner einen Entwicklungsschwerpunkt in dieser Altersgruppe darstellen. Untersuchungen zeigen, daß sich in der Theorie zwar Veränderungen abzeichnen (z.B. hohe Bewertung von Treue, Vorsicht in bezug auf neue Sexualpartner, Wissen um Safer Sex), was jedoch im alltäglichen Leben nicht unbedingt immer seinen Niederschlag findet.

### *Unfälle und Verletzungen*

Abgesehen vom ersten Lebensjahr, stellen Unfallverletzungen im Kindes- und Jugendalter die Haupttodesursache dar (Lohaus, 1993). Bei den Verletzungsarten rangieren bis zum Alter von 14 Jahren die Verkehrsunfälle an erster Stelle (43%), gefolgt von Erstickung und Vergiftung (18%), Ertrinken (17%), Verbrennungen (12%) und sonstigen Traumen (19%) (Clarke-Steward, Friedman & Koch, 1985).

Die wichtigsten *Einflußfaktoren* auf die Unfallgefahr bei *jüngeren Kindern* sind nach Lohaus (1993) die Geschlechtszugehörigkeit (Jungen haben ein höheres Verletzungsrisiko als Mädchen), die Tageszeit (die meisten Unfälle finden am späten Vormittag und am späten Nachmittag statt) sowie der Wochentag (besonders hohe Unfallquoten zwischen Donnerstag und Samstag, besonders geringe am Sonntag), der Ort (bei jüngeren Kindern innerhalb, bei älteren außerhalb des Hauses), Witterungsbedingungen und saisonale Schwankungen (mehr Unfälle bei regnerischem und stürmischem Wetter, insbesondere in den Frühsommermonaten), Persönlichkeitsfaktoren (z.B. Extravertiertheit, emotionale Reaktionsbereitschaft und Aufmerksamkeitsspanne) sowie das aktuelle psychische Befinden (z.B. Streß).

Bei *Jugendlichen* spielen vor allem die Zeit (Wochenenden, Zeitraum zwischen 21 und 6 Uhr), Alkohol- und Drogenkonsum, die aktuelle psychische Befindlichkeit sowie Persönlichkeitsfaktoren, Einstellungen und Haltungen (erhöhte Risikobereitschaft, Selbstüberschätzung, Ablehnung von Konventionen, depressiv-suizidale Tendenzen) eine entscheidende Rolle.

Eine besondere Art von Verletzungen stellen *suizidale Verhaltensweisen und Suizid* dar, die einen zentralen Stellenwert in der Gesundheitsgefährdung Jugendlicher einnehmen. Während der Selbstmord im Kindesalter nach Seiffge-Krenke (1994) als „letzte verzweifelte Reaktion auf ein nicht lösbares Problem mit starken unrealistischen Wiedervereinigungsphantasien“ (S. 139) anzusehen ist, stellt er bei Jugendlichen in der Regel eine bewußte Handlung dar, wobei männliche Jugendliche brutalere und finalere Methoden wählen als weibliche.

### *3.3 Gesundheitsrelevante kognitive Aspekte*

Hier wird kurz auf die *Konzepte von Gesundheit und Krankheit* sowie auf *gesundheitsrelevante Einstellungen, Bewertungen und Motive* von Kindern und Jugendlichen eingegangen.

Die *subjektiven Krankheitskonzepte* sind bei Kindern recht gut erforscht (vgl. Dlugosch & Schmidt, 1992; Schmidt, Benz-Thiele, Gökbas-Balzer, Poida & Weishaupt, 1994), bei Konzepten von Gesundheit und Gesundheitsverhalten sieht die Befundlage erheblich schlechter aus (vgl. Schmidt & Fröhling, 1996). In einer Untersuchung von 11- bis 18jährigen stellten Millstein und Irwin (1987) fest, daß die Definition von „Gesundheit“ und „Krankheit“ mit steigendem Alter präziser wird und einen anderen Fokus bekommt, d.h. sich von der extremen Krankheitsbezogenheit zu einem umfassenderen Begriff entwickelt, der das körperliche Wohlbefinden und die Erfüllung sozialer und leistungsbezogener Normen einschließt. So ist es für Kinder und Jugendliche oft schwer, zwischen „krank“ und „gesund“ zu unterscheiden. Demzufolge kann es vorkommen, daß normale Entwicklungsprozesse und Stimmungsschwankungen als pathologisch eingestuft, ernsthafte Erkrankungen demgegenüber übersehen werden.

In diesem Zusammenhang soll nochmals auf die Befunde von Weinstein (1982) hingewiesen werden, denen zufolge Kinder und Jugendliche sich durch ein besonderes Ausmaß an „unrealistischem Optimismus“ auszeichnen: Je jünger sie sind, desto weniger glauben sie, jemals von einer Krankheit befallen zu werden. Schwarzer (1993) bezeichnete diese Tatsache als „optimistischen Fehlschluß“.

Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten sind Themen, die für Kinder und Jugendliche nicht die erste Priorität besitzen und meist erst dann relevant werden, wenn Symptome oder Krankheiten auftreten. Weiterhin sind sie - vor allem bei Jugendlichen - nicht unbedingt positiv besetzt, da sie die Werte und Normen der Erwachsenen repräsentieren, die mit ihren Präventionsbemühungen zudem oft wenig glaubhaft erscheinen (vgl. Franzkowiak, 1986, 1987; Hildebrandt, 1987).

Eine weitaus größere Bedeutung besitzen für Jugendliche die Aspekte *Körperzufriedenheit* und *Attraktivität*. Insbesondere Mädchen weisen ein starkes Bedürfnis auf, attraktiv zu sein - gleichzeitig fühlen sie sich ihrem Körper stärker entfremdet und bewerten ihn weniger positiv als Jungen (Seiffge-Krenke, 1994).

Von besonderer Relevanz in der Adoleszenz sind die Motive für die Ausübung von Risikoverhalten bzw. die *Funktionen*, die gesundheitsbeeinträchtigendes Verhalten übernehmen kann. Seiffge-Krenke (1994) zufolge erfüllt „gesundheitsriskantes Verhalten, wie Drogenkonsum, problematisches oder gestörtes Eßverhalten, sexuelles Risikoverhalten und unterschiedliche suizidale Verhaltensmuster ... eine wichtige Funktion für Jugendliche, ihre eigene Identität zu finden und so langsam erwachsen zu werden. Die Motive für die verschiedenen problematischen Verhaltensweisen können sich hierbei erheblich unterscheiden. In jedem Fall dienen sie Jugendlichen als wichtiges Kommunikationsmittel, um auf ihre Probleme und Schwierigkeiten hinzuweisen oder diese zu bewältigen. Hierbei reicht das Spektrum vom einfachen Ausprobieren innerhalb des Gleichaltrigenkontextes, um die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bezugsgruppe zu dokumentieren, bis hin zum Suizidver-

such als letztes Mittel, ein schwerwiegendes Problem zu lösen" (S. 143) (zu den Funktionen jugendlichen Risikoverhaltens siehe auch Franzkowiak, 1986, 1987; Nordlohne, 1992).

### 3.4 Belastungen und Ressourcen im Kindes- und Jugendalter

Nach Seiffge-Krenke (1994) ist „das Aufwachsen von Jugendlichen in den modernen Industriegesellschaften ... in vielerlei Hinsicht ein riskantes Unterfangen geworden, da es mit einer Vielzahl sich wandelnder Belastungen einhergeht, die starke Auswirkungen auf das psychische und körperliche Wohlbefinden haben können" (S. 114). Zu den Risikofaktoren gehören zum einen die *normativen Stressoren*, „Ereignisse, die bei den meisten Individuen dieser Altersgruppe ungefähr zum selben Zeitpunkt ihrer Entwicklung auftreten und mit entwicklungsbezogenen Aufgaben und entsprechenden Erwartungen einhergehen" (S. 73), d.h. alltägliche Belastungen durch körperliche und psychosoziale Veränderungen und „Entwicklungsaufgaben" (Nordlohne, 1992), die zu meistern sind (vgl. Jessor, 1987; Silbereisen, 1986).

Fend (1988) betont, daß der „Wert" eines Kindes sich heute fast ausschließlich an seiner Schulleistung bemißt, was zu einer permanenten „Prüfungssituation" führe. Drohendes oder erlebtes Versagen in der Schule seien Faktoren von massiver Auswirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden.

Nordlohne (1992) zieht aus ihren Befunden den Schluß, daß jugendliches Risikoverhalten hauptsächlich als Resultat der Auseinandersetzung mit entwicklungspezifischen Bedingungen im Kontext von Schule, Familie und Gleichaltrigen gesehen werden kann.

Hurrelmann (1995) gibt zu bedenken, daß viele Kinder hinsichtlich ihrer sozialen Bindungen und Leistungsanforderungen zunehmend mit chronischen Belastungen konfrontiert seien, die sich in ihrer Qualität kaum von denen der Erwachsenen unterscheiden.

Von einer Potenzierung der Belastung ist auszugehen, wenn *non-normative Stressoren* oder kritische Lebensereignisse hinzukommen (z.B. Familienkonflikte, elterliche psychiatrische Störungen oder Arbeitslosigkeit) (vgl. Seiffge-Krenke, 1994).

Eine einseitige Betrachtung der Belastungsfaktoren in Kindheit und Jugend vernachlässigt jedoch die *Chancen und Bewältigungspotentiale* dieser Altersgruppe. In den letzten Jahren hat - in Abgrenzung zum Risikofaktoren-Ansatz (vgl. Dlugosch, 1994b) - die Erforschung von direkten und indirekten positiven Einflüssen sogenannter *protektiver Faktoren* auf Gesundheit und Wohlbefinden an Bedeutung gewonnen (vgl. Belz-Merk, Bengel & Strittmatter, 1992; Beutel, 1989; Schmidt & Dlugosch, 1997). Bei Kindern und Jugendlichen werden diese positiven Einflußfaktoren häufig im Zusammenhang mit den Begriffen *Resilienz* oder *Invulnerabilität* behandelt. In diesbezüglichen Studien hat sich ergeben, daß die Effekte von Belastungen durch soziale Unterstützung gemindert werden können. Hierbei scheinen ins-

besondere die familiären Beziehungen sowie die Modellfunktion der Eltern bezüglich ihrer Bewältigungsstrategien eine zentrale Rolle zu spielen (vgl. Lösel, Bliesner & Köferl, 1990; Seiffge-Krenke, 1994).

## 4. Gesundheitsförderung in der Praxis

### 4.1 Institutionen und Settings

Da die Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen vorwiegend präventiv ausgerichtet ist, sind neben der Familie insbesondere die Institutionen *Kindergarten* und *Schule* betroffen. Allerdings wird diese Aufgabe bei uns - im Vergleich zu anderen Ländern (z.B. der USA) - in der Regel immer noch nicht zufriedenstellend erfüllt. Mit Ausnahme besonderer Modellprojekte (vgl. Zwickauer Projekt, s.u.) oder Aktionen (z.B. Aktionen der Krankenkassen zur gesunden Ernährung oder Zahnpflege) sind Gesundheits-erziehung und Gesundheitsförderung höchstens indirekt in schulischen Curricula verankert und oft dem Lehrer selbst überlassen.

Rühmliche Ausnahmen finden sich in neueren Ansätzen der schulischen Gesundheitsförderung, die über die traditionelle Gesundheitserziehung hinausgehen und die Realisierung „gesundheitsfördernder Schulen“ fordern (vgl. Barkholz & Homfeldt, 1994; Seeger, 1995). Leppin (1995) betont, daß eine umfassende schulische Gesundheitsförderung sich nicht nur auf die curriculare Ebene beziehen darf, sondern soziale, ökologische und kommunale Aspekte einbeziehen muß.

Betrachtet man den schulischen Alltag, so wird deutlich, daß hier nicht nur entscheidende Möglichkeiten und Vorteile liegen, sondern auch klare Einschränkungen in Bezug auf das Umsetzen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bestehen. So wird - vor allem in den USA - immer mehr die zentrale Bedeutung der *Gemeinde* für die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen betont (vgl. Perry, Kelder & Komro, 1993). Dies ist um so einleuchtender, als Kinder sich mit zunehmendem Alter vermehrt in Einrichtungen der Gemeinde aufhalten (Vereine, Clubs, Spielplätze, aber auch Beratungsstellen, kirchliche Einrichtungen, Bildungszentren etc.).

### 4.2 Methoden und Strategien der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, daß Kinder und Jugendliche eine besondere Zielgruppe der Gesundheitsförderung mit spezifischen Charakteristika darstellen. Demzufolge sind die eingesetzten Maßnahmen anders zu gestalten als bei Erwachsenen oder älteren Personen (vgl. Hildebrandt, 1987; Hildebrandt & Schultz, 1984). Wie kann man dieser Aufgabe jedoch gerecht werden, wie sollten Gesundheitsförderungsmaßnahmen in dieser Altersgruppe aussehen?



Mehr noch als bei Erwachsenen, ist bei Kindern und Jugendlichen die Überwindung traditioneller Konzepte der Gesundheitserziehung und -förderung vonnöten (z.B. Methoden der „Abschreckung“ und der „Aufklärung“; vgl. Nordlohne, 1992; siehe auch Dlugosch, 1994b; Graf, 1995).

Durlak (1995) beschreibt die beiden zentralen Verschiebungen in den Präventionsansätzen von der Verbesserung der Wissensbasis hin zum Kompetenztraining und von der Fokussierung des Individuums zur Betonung von Umweltfaktoren. Hurrelmann (1995) fordert in ähnlicher Weise die Ergänzung verhaltensbezogener durch verhältnisbezogene Maßnahmen (z.B. Verbesserungen von Lebensbedingungen in Familie, Schule und Freizeit).

Seiffge-Krenke (1994) plädiert weiterhin für alternative bzw. unkonventionelle Ansätze sowie „peer counseling“ (Blain & Brusko, 1985). Diese ermöglichen einen „privaten“ Zugang mit symmetrischen Beziehungen, sind eher handlungsbezogen als verbal orientiert und von räumlicher Nähe, einem geringen Verpflichtungsgrad und leichter Zugänglichkeit gekennzeichnet. Auf diesem Wege können zudem Kosten reduziert und Barrieren für Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern abgebaut werden.

Da neben den Gleichaltrigen der elterliche Einfluß von größter Bedeutung für das gesundheitsbezogene Verhalten von Kindern und Jugendlichen ist, erscheint es sinnvoll, in Ergänzung zur Stärkung der individuellen Ressourcen auch Beratungsangebote für die gesamte Familie anzubieten (vgl. Hurrelmann, 1988; Perry, Kelder & Komro, 1993; Seiffge-Krenke, 1994).

Inhaltlich wird heute die *Vermittlung von Kompetenzen* für eine produktive Auseinandersetzung mit sozialen und leistungsbezogenen Anforderungen bzw. die Bereitstellung eines Handlungsrepertoires für den Umgang mit Konflikt- und Problemsituationen favorisiert. Nötig sind umfassende alters-, geschlechts- und schichtspezifische Ansätze, die mehrere Bereiche einbeziehen, ganzheitlich und interdisziplinär ausgerichtet sind, funktionale und psychosoziale Komponenten berücksichtigen und vor allem die Erfahrungen von Lebensfreude, Spaß und Erkundungsinteresse vermitteln. Umsetzungen in der Praxis sind nach Hurrelmann (1988) rar. In den USA ist hier der Ansatz des sogenannten „life skills training“ anzuführen, der davon ausgeht, daß die Förderung relevanter sozialer Kompetenzen besser als bereichsspezifische Vorgehensweisen geeignet ist, Alternativen zu Risikoverhaltensweisen auszuwählen und aufrechtzuerhalten (vgl. Cook, Anson & Walchli, 1993).

Hurrelmann (1995) faßt zusammen: „Erfolgreich sind die Programme dann, wenn sie auf die Ausgangsbedingungen für gesundheitsgefährdendes Verhalten eingehen und dabei vor allem die sozialen und psychischen Motive von Kindern und Jugendlichen berücksichtigen. Das bedeutet: Die Programme müssen an den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen ansetzen, ihre eigene Lebenssituation zu bewältigen und zu meistern. Kinder und Jugendliche müssen durch die Präventionsprogramme Hinweise erhalten, wie sie sich in einer belastenden Situation verhalten können, ohne zu gesundheitsge-

fährdenden Verhaltensmustern zu greifen. Zugleich wollen sie Anregungen erhalten, wie sie ihr Leben interessant und erlebnisreich gestalten können" (S. 100; siehe auch Durlak, 1995).

## **5. Diskussion: Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen**

Ein genereller wunder Punkt von Gesundheitsförderungsmaßnahmen betrifft die mangelnde Überprüfung ihrer Effektivität (vgl. Durlak, 1995). Allgemein werden zunehmend kritische Stimmen laut, die auch im Bereich der Prävention die Forderung nach *Evaluation und Qualitätssicherung* aufstellen (vgl. Dlugosch & Krieger, 1996; Krieger & Dlugosch, 1996). Dies ist für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen um so schwieriger, als reliable und valide Verfahren zur umfassenden Erhebung gesundheitsrelevanter Daten selten sind (s.o.). Es kann somit als eine vorrangige gesundheitspsychologische Aufgabe angesehen werden, geeignete Instrumente zu entwickeln und im kontinuierlichen Einsatz zu prüfen (vgl. Marsick, 1987).

Daß diese Aufgabe komplex und aufwendig, aber durchaus lösbar ist, soll kurz anhand eines Projekts exemplarisch verdeutlicht werden, das vom Gesundheitsamt Zwickau initiiert wurde. Hierbei handelt es sich um ein Projekt zur ganzheitlichen Gesundheitserziehung, das Kinder vom 5. Lebensjahr an bis hin zu der 4. Grundschulklasse mit verschiedenen Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung begleitet. Schwerpunkte sind u.a. die Themenbereiche Ernährung, Bewegung, Körper und Körperhygiene, Tagesablauf und Schlaf, Unfallverhütung und Erste Hilfe, Verhalten in Notfallsituationen, Prävention von sexuellem Mißbrauch, von Aggressionen und Gewalt sowie von Suchtmitteln. Ziel ist es, die Kinder zu einer gesundheitsförderlichen Lebensführung zu motivieren und eine positive Einstellung zur Gesundheit zu bewirken. Evaluert wird das Vorhaben von der TU Dresden (Apley, 1996).

Abschließend soll betont werden, daß die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen keine einfache, aber eine sinnvolle, fruchtbare und zukunftsweisende Aufgabe ist, die jedoch nur gesamtgesellschaftlich in die Realität umgesetzt werden kann. Folgende Aspekte sind dabei von besonderer Bedeutung:

- Die individuellen und gesellschaftlichen Voraussetzungen für Gesundheit und Wohlbefinden müssen in vielen Fällen erst geschaffen werden. Dies ist vor allem von Relevanz, wenn man von einer internationalen Perspektive und damit verbundenen potentiellen Barrieren der Primären Prävention ausgeht (vgl. Albee, Bond & Monsey, 1992; Simeonsson, 1994).
- Gesundheitsförderung ist eine interdisziplinäre Herausforderung, zu deren Bewältigung es unabdingbar ist, daß die verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungswerte beitragen.

- Vor dem Hintergrund der derzeitigen Entwicklungen im Gesundheitssystem können Gesundheitsförderungsmaßnahmen nur dann von Bestand sein, wenn deren Konzeption theoretisch fundiert erfolgt und die Umsetzung bzw. die Effekte kontinuierlich wissenschaftlich überprüft werden.

Wir sollten keine Mühen und Investitionen scheuen, unseren Kindern und auch den nachfolgenden Generationen die Möglichkeiten für ein verantwortliches Umgehen mit der eigenen Gesundheit in einer gesundheitsförderlichen Umwelt bereitzustellen.

## Literatur

- Abele, A., Brehm, W. & Gall, T. (1991). Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden* (S. 179-296). Göttingen: Hogrefe.
- Abele, A., Brehm, W. & Pahmeier, I. (1997). Sportliche Aktivität als gesundheitsbezogenes Handeln. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 117-149). Göttingen: Hogrefe.
- Albee, G.W., Bond, L.A. & Monsey, T.V.C. (1992). *Improving children's lives. Global perspectives on prevention*. Newbury Park: SAGE.
- Apley, B. (1996). *Darstellung des Zwickauer Projekts*. Unveröffentlichter Zwischenbericht. Dresden: TU Dresden.
- Baltes, P.B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, 41, 1-24.
- Barkholz, U. & Homfeldt, H.G. (1994). *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag*. Weinheim: Juventa.
- Bartmann, U. (1991). *Laufen und Joggen ... und seine positiven Auswirkungen auf die Psyche: Streß, Ängste und Depressionen hinter sich lassen*. Stuttgart: Trias.
- Belz-Merk, M., Bengel, J. & Strittmatter, R. (1992). Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitliche Protektivfaktoren. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 1, 153-171.
- Beutel, M. (1989). Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. *Medizinische Psychologie*, 39, 452-462.
- Blain, G.H. & Brusko, M. (1985). Starting a peer counseling program in the high school. *Journal of School Health*, 55, 116-118.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1991). *Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1991*. Baden-Baden: Nomos.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1982). *Die Entwicklung der Drogenaffinität Jugendlicher. Ergebnisse der Trendanalysen 1982*. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1992). *Aktionsgrundlagen 1990. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der Bevölkerung ab 14 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland*. Köln: BZgA.
- Clarke-Steward, A., Friedman, S. & Koch, J. (1985). *Child Development*. New York: Wiley.
- Cook, T.D., Anson, A.R. & Waichli, S.B. (1993). From causal description to causal explanation: Improving three already good evaluations of adolescent health programs. In S.G. Millstein, A.C. Petersen & E.O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century* (pp. 339-374). New York: Oxford University Press.

- Dlugosch, G.E. (1994a). *Veränderungen des Gesundheitsverhaltens während einer Kur. Eine Längsschnittstudie zur Reliabilitäts- und Validitätsprüfung des Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)* (Psychologie, Band 1). Landau: Empirische Pädagogik.
- Dlugosch, G.E. (1994b). Modelle in der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 101-117). Stuttgart: Enke.
- Dlugosch, G.E. (1994c). Gesundheitsberatung. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 222-233). Stuttgart: Enke.
- Dlugosch, G.E. & Krieger, W. (1996). Evaluation der Gesundheitsförderung und Prävention. *Public Health Forum*, 14, 9.
- Dlugosch, G.E. & Schmidt, L.R. (1990). Problems and challenges in health education for young adults. In K. Hurrelmann & F. Lösel (Eds.), *Health hazards in adolescence* (pp. 479 - 501). Berlin: de Gruyter.
- Dlugosch, G.E. & Schmidt, L.R. (1992). Gesundheitspsychologie. In R. Bastine (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (Bd. 2, S. 123-177). Stuttgart: Kohlhammer.
- Dlugosch, G.E. & Wottawa, H. (1994). Evaluation in der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 149-168). Stuttgart: Enke.
- Dubow, E.F. Lovko, K.R. & Kausch, D.F. (1990). Demographic differences in adolescents' health concerns and perceptions of helping agents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 44-54.
- Durlak, J.A. (1995). *School-based prevention programs for children and adolescents*. Thousand Oaks: SAGE.
- Fend, H. (1988). *Sozialgeschichte des Aufwachsens*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Franzkowiak, P. (1986). *Risikoverhalten und Gesundheitsbewußtsein bei Jugendlichen - Der Stellenwert von Rauchen und Alkoholkonsum im Alltag von 15- bis 20jährigen*. Berlin: Springer.
- Franzkowiak, P. (1987). Risikoverhalten als Entwicklungsaufgabe. In U. Laaser, G. Sassen, G. Murza & P. Sabo (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitserziehung* (S. 63-84). Berlin: Springer.
- Graf, D. (1995). *Gesundheitserziehung im Kindesalter*. Hamburg: Dr. Felix Büchner - Handwerk und Technik.
- Hildebrandt, H. (1987). *Lust am Leben. Gesundheitsförderung mit Jugendlichen*. Frankfurt: Brandes & Apel.
- Hildebrandt, H. & Schultz, M.-L. (1984). *Wenn ich traurig bin, dann bin ich auch krank. Kinder-Körper-Gesundheit*. Reinheim: Verlag Jugend und Politik.
- Hurrelmann, K. (1988). *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. (1995). Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen. *Prävention*, 4, 99-102.
- Jessor, R. (1987). Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*, 82, 331-342.
- Kolip, P., Hurrelmann, K. & Schnabel, P.-E. (Hrsg.) (1995). *Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche*. Weinheim: Juventa.
- Kolip, P., Nordlohne, E. & Hurrelmann, K. (1995). Der Jugendgesundheitsurvey 1993. In P. Kolip, K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche* (S. 25-48). Weinheim: Juventa.

- Krieger, W. & Dlugosch, G.E. (1997). Die „Gesundheitswoche“ - eine Kompaktmaßnahme zur Gesundheitsförderung im stationären Bereich. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Gesundheitsförderung - ein multidimensionales Tätigkeitsfeld*. Tübingen: dgvt-Verlag (im Druck).
- Leppin, A. (1995). Gesundheitsförderung in der Schule. In P. Kolip, K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche* (S. 235-250). Weinheim: Juventa.
- Litt, I.F. (1982). Adolescent health in the United States as we enter the 1980s. In A.C. Coates, A.C. Petersen & C. Perry (Eds.), *Promoting adolescent health - a dialog on research and practice* (pp. 45-60). New York: Academic Press.
- Lösel, F., Bliesner, T. & Köferl, P. (1990). Psychische Gesundheit trotz Risikobelastung in der Kindheit: Untersuchungen zur Invulnerabilität. In I. Seiffge-Krenke (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen* (S. 103-123). Berlin: Springer.
- Lohaus, A. (1993). *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Lundholm, J.K. & Littrell, J.M. (1986). Desire for thinness among high school cheerleaders: Relationship to disordered eating and weight control behaviors. *Adolescence*, 21, 574-579.
- Marsick, V. (1987). Designing health education programs. In P.M. Lazes, L.H. Kaplan & K.A. Gordon (Eds.), *The handbook of health education* (pp. 3-30). Rockville: Aspen.
- Millstein, S.G. & Irwin, L.E. (1987). Concepts of health and illness: Different constructs or variations on a theme? *Health Psychology*, 6, 515-524.
- Nordlohne, E. (1992). *Die Kosten jugendlicher Problembewältigung. Alkohol-, Zigaretten- und Arzneimittelkonsum im Jugendalter*. Weinheim: Juventa.
- Nordlohne, E. & Hurrelmann, K. (1990). Health impairment, failure in school and the use and abuse of drugs. In K. Hurrelmann & F. Lösel (Eds.), *Health hazards in adolescence* (pp. 149-166). Berlin: de Gruyter.
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.) (1987). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Paxton, S.J., Wertheim, E.H., Gibbons, K., Szmukler, G.I., Hillier, L. & Petrovich, J.L. (1991). Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 61-379.
- Perry, C.L., Kelder, S.H. & Komro, K.A. (1993). The social world of adolescents: Families, peers, schools, and the community. In S.G. Millstein, A.C. Petersen & E.O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century* (pp. 73-96). New York: Oxford University Press.
- Petermann, F. (1994). Chronische Krankheiten - Einführung in den Themenschwerpunkt. Kindheit und Entwicklung. *Zeitschrift für Verhaltensmedizin und Entwicklungspsychopathologie*, 3, 3.
- Remschmidt, H. & Walter, R. (1990). *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, L.R., Benz-Thiele, S., Gökbas-Balzer, A., Poida, E. & Weishaupt, I. (1994). Krankheitskonzepte von Kindern. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 292-308.
- Schmidt, L.R. & Dlugosch, G.E. (1992). Entwicklungspsychologische Aspekte der Gesundheitspsychologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 36 - 47.
- Schmidt, L.R. & Dlugosch, G.E. (1997). *Psychologische Aspekte der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. In Bundesvereinigung für Gesundheitserzie-

- hung (Hrsg.), *Gesundheit aktuell. Fakten und Analysen*. Schwabenheim a.d.Selz: Verlag Peter Sabo (im Druck).
- Schmidt, L.R. & Fröhling, H. (1996). *Konzepte von Krankheit und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Unveröffentl. Abschlußbericht des DFG-Projekts Schm 702/3-1. Trier: Universität Trier.
- Schmidt, M. & Esser, G. (1985). *Psychologie für Kinderärzte*. Stuttgart: Enke.
- Schwarzer, R. (1993). Defensiver und funktionaler Optimismus als Bedingungen für Gesundheitsverhalten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 1, 7-31.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (Hrsg.) (1997). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwenkmezger, P. & Schmidt, L.R. (Hrsg.) (1994). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Enke.
- Seeger, S. (1995). Wege zu gesundheitsfördernden Schulen. Hoffnungen und Gefahren. *Prävention*, 4, 114-116.
- Seiffge-Krenke, I. (1994). *Gesundheitspsychologie des Jugendalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Silbereisen, R. (1986). Entwicklung als Handlung im Kontext. Entwicklungsprobleme und Problemverhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 1, 29-46.
- Simeonsson, R.J. (1994). *Risk resilience and prevention. Promoting the well-being of all children*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Staeck, L. (1985). Arzneimittelmisbrauch bei Schülern und Jugendlichen. In K. Kollehn & N.H. Weber (Hrsg.), *Der drogengefährdete Schüler* (S. 112-134). Düsseldorf: Schwann.
- Weinstein, N.D. (Ed.) (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 441-460.
- Will, F. (1992). Neue Akzente für Pädagogen/innen in der AIDS-Prävention. In Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendschutz (Hrsg.), *AIDS-Prävention und Jugendschutz: Materialien und Dokumente; Bericht über ein Forschungs- und Praxisprojekt* (S. 180-226). Stuttgart: Boorbeck.

Anschrift der Autorin:

Dr. Gabriele E. Dlugosch, Zentrum für empirische pädagogische Forschung  
 Universität Koblenz-Landau  
 Friedrich-Ebert-Straße 12, 76829 Landau